

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONÓMICO DE ARIZONA  
División de Incapacidades del Desarrollo

**ESTIMACIÓN PARA INCREMENTO DE COMUNICACIÓN:  
INFORMACIÓN PARA LA PREEVALUACIÓN**

Una o más personas familiares con el individuo, por ejemplo un miembro de la familia, el coordinador de apoyo, un terapeuta, maestro, coordinador del programa diurno, etc. debe rellenar este formulario. La información detallada ayudará al grupo evaluador a recomendar el sistema de comunicación más apropiado para el individuo. Utilice la última página para información adicional.

**INFORMACIÓN DE TRASFONDO**

NOMBRE DEL INDIVIDUO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
----------------------	---------------------	------

DOMICILIO (Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR	TELÉFONO
------------------------------	----------

NOMBRE DEL COORDINADOR DE APOYO	TELÉFONO	NÚMERO DE FACSIMILE (FAX)
---------------------------------	----------	---------------------------

ESCUELA/PROGRAMA DIURNO O DE TRABAJO	PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE	TELÉFONO
--------------------------------------	-------------------------------	----------

DIAGNOSIS

HISTORIA/PRECAUCIONES MÉDICAS SIGNIFICATIVAS, INCLUSO (por favor describa todas las marcadas)

Ataques  Huesos frágiles  Dolor  Medicamentos  Cirugía reciente  Otra:

**COMUNICACIÓN**

POR QUÉ SE ESTÁ CONSIDERANDO UN APARATO DE INCREMENTO DE COMUNICACIÓN PARA ESTE INDIVIDUO

CÓMO SE COMUNICA EL INDIVIDUO ACTUALMENTE (marque todo lo aplicable y explique abajo)

Palabras  Palabras incompletas  Mirada fija  Gestos  Expresiones faciales  Lenguaje de señas  
 Tabla de láminas/símbolos  Tabla para deletrear/de palabras  Aparato de comunicación  Otro:

**CONDICIÓN FÍSICA (marque todo lo aplicable al individuo)**

CAPACIDAD DE MANTENER LA CABEZA ERGUIDA : COMENTARIOS

Buena  Regular  Pobre

CAPACIDAD DE SENTARSE SIN APOYO : COMENTARIOS

Buena  Regular  Pobre

TONO MUSCULAR DE BRAZOS/MANOS

Flojo  Promedio  Tieso  Variable

TONO MUSCULAR DE PIERNAS/PIES

Flojo  Promedio  Tieso  Variable

DESCRIBA CUALQUIER DEFORMIDAD FÍSICA O LIMITACIONES SIGNIFICATIVAS EN EL MOVIMIENTO DE LAS COYUNTURAS

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con 602-542-6825.

**MOVILIDAD (marque todo lo aplicable al individuo)**

CAPACIDAD PARA ANDAR		COMENTARIOS
<input type="checkbox"/> Independientemente <input type="checkbox"/> Con asistencia <input type="checkbox"/> No anda		
EQUILIBRIO		COMENTARIOS
<input type="checkbox"/> Firme <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Se cae a menudo		
MEDIOS AUXILIARES PARA MOVILIDAD		
<input type="checkbox"/> AFOs <input type="checkbox"/> Bastones <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Patinete <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual <input type="checkbox"/> Automática    Tipo: _____		
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada    Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Maneja independientemente    Ubicación del control: _____		
DURANTE CUÁNTO TIEMPO HA TENIDO EL INDIVIDUO LA SILLA(S) DE RUEDAS ACTUAL		SISTEMA HECHO A LA MEDIDA (tipo)
DESCRIBA CUALQUIER PROBLEMA CON EL SISTEMA DE SILLA DE RUEDAS ACTUAL		
EL INDIVIDUO TIENE CITA PARA UNA CLÍNICA DE DISPOSICIÓN		EL INDIVIDUO UTILIZA TRANSPORTE PÚBLICO
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
HAY PROBLEMAS DE SEGURIDAD O DE OTRO TIPO CON RESPECTO A LA MOVILIDAD		

**FUNCIONAMIENTO MANUAL/CONTROL MOTOR**

CUAL MANO PREFIERE

Derecha     Izquierda     Ambas     No se sabe

CAPACIDAD DEL INDIVIDUO PARA UTILIZAR LAS MANOS

No las puede utilizar     Derecha solamente     Izquierda solamente     Sin dificultad     Limitación de movimiento/coordinación

*Describe:*

PUEDE EL INDIVIDUO LEVANTAR Y SOSTENER <input type="checkbox"/> Una taza <input type="checkbox"/> Una cuchara <input type="checkbox"/> Una galleta <input type="checkbox"/> Una pasa	PUEDE EL INDIVIDUO COLOCAR Y SOLTAR (SIN DEJAR CAER) <input type="checkbox"/> Una taza <input type="checkbox"/> Una cuchara <input type="checkbox"/> Una galleta <input type="checkbox"/> Una pasa
PUEDE EL INDIVIDUO ABRIR Y CERRAR <input type="checkbox"/> Botones <input type="checkbox"/> Cremalleras <input type="checkbox"/> Amarrar cordones de zapatos	PUEDE EL INDIVIDUO SEÑALAR Y OPRIMIR BOTONES DEL TAMAÑO EXISTENTE EN <input type="checkbox"/> Máquinas de sodas <input type="checkbox"/> Ascensores <input type="checkbox"/> Teléfonos

EL INDIVIDUO DEJA CAER COSAS

Por lo general no     Algunas veces     Con frecuencia

EL INDIVIDUO ESCRIBE CON (marque todo lo aplicable)

No puede escribir     Bolígrafo regular     Bolígrafo adaptado     Máquina de escribir  
 Computadora (tipo/software)     Otros aparatos auxiliares para escribir

EL INDIVIDUO UTILIZA OTRAS PARTES DEL CUERPO/APARATOS PARA AGARRAR O MOVER OBJETOS

Cabeza     Boca     Pierna     Pie     Vara en la boca     Vara en la cabeza     Otro (describe): \_\_\_\_\_

EL INDIVIDUO UTILIZA CONMUTADORES PARA MANIPULAR Y CONTROLAR COSAS SI SU FUNCIONAMIENTO MANUAL ES POBRE O INEXISTENTE

No     Sí    Si los utiliza, indique el tipo de conmutadores, su ubicación y las actividades realizadas con los mismos: \_\_\_\_\_

**ASPECTOS SENSORIOS**

**Oído**

EL OÍDO FUNCIONA

En la casa     En la escuela o el trabajo     En otros ambientes en la comunidad

INQUIETUDES

UTILIZA EL INDIVIDUO APARATOS AUXILIARES OIR <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí    Tipo: _____	SE DISTRAE EL INDIVIDUO CON FACILIDAD EN AMBIENTES RUIDOSOS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--	--

**Vista**

USA ANTEOJOS EL INDIVIDUO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí    Razón(es): _____	VE EL INDIVIDUO IGUALMENTE BIEN CON AMBOS OJOS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--	---

SI SE CONSIDERA QUE EL INDIVIDUO SUFRE DE CEGUERA CORTICAL, DESCRIBA SU FUNCIONAMIENTO VISUAL

EL INDIVIDUO PREFIERE MIRAR LÁMINAS QUE SON

A color     En blanco y negro     No se sabe    Tamaño: \_\_\_\_\_

ES CAPAZ EL INDIVIDUO DE SEGUIR LOS MOVIMIENTOS DE LOS OBJETOS POR LO MENOS CON UN OJO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> No se sabe	LOS ESTÍMULOS VISUALES DISTRAEN CON FACILIDAD AL INDIVIDUO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
---	---

DESCRIBA CUALQUIER DIFICULTAD VISUAL/PERCEPTUAL CONOCIDA

**ASUNTOS SENSORIOS (continuación)**

**Otra información sensoria**

ES DEMASIADO SENSIBLE EL INDIVIDUO ANTE

- Toque no familiar/inesperado    Texturas    Olores    Ruido    Luces    Cierta(s) alimento(s)

Describe la reacción típica:

**ASUNTOS DE LA CONDUCTA**

EL NIVEL DE ACTIVIDAD TÍPICO DEL INDIVIDUO PUEDE DESCRIBIRSE COMO

- Bajo    Promedio    Alto (hiperactivo)

EL INDIVIDUO RUTINARIAMENTE MANIFIESTA CONDUCTA AUTOESTIMULANTE

- No    Sí   Describe:

REACCIÓN TÍPICA DEL INDIVIDUO ANTE PERSONAS/LUGARES NO FAMILIARES

- No reacciona de manera significativa    Se retira    Se agita excesivamente   Describe:

EL INDIVIDUO DEMUESTRA COMPORTAMIENTO AGRESIVO EN CIERTAS SITUACIONES

- No    Sí   Describe las conductas y situaciones:

QUÉ COSAS MOTIVAN AL INDIVIDUO

LA HABILIDAD DEL INDIVIDUO PARA SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS (de uno o dos pasos) ES

- Buena    Regular    Pobre    Varía

LA HABILIDAD DEL INDIVIDUO PARA SEGUIR INSTRUCCIONES DE VARIOS PASOS ES

- Buena    Regular    Pobre    Varía

**COMENTARIOS/INFORMACIÓN ADICIONAL**

NOMBRE DE LA PERSONA(S) QUIEN RELLENA EL FORMULARIO (en letra de molde)

RELACIÓN CON EL INDIVIDUO

FIRMA

FECHA

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO RELLENADO AL COORDINADOR DE APOYO DEL INDIVIDUO.**